

POSITION	INITIALS	ID NO.	DATE
FEE DETERMINATION	<i>[Signature]</i>	7534	06-5-00
O.I.P.E. CLASSIFIER	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
FORMALITY REVIEW			
RESPONSE FORMALITY REVIEW			

INDEX OF CLAIMS

..... Rejected N Non-elected
 Allowed I Interference
 (Through numeral)..... Canceled A Appeal
 Restricted O Objected

Claim	Final	Original	Date
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	9/22/01
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4/22/02
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5/11/02
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	03/11/03
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Claim	Final	Original	Date
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
61	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
91	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Claim	Final	Original	Date
101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
104	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
109	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
111	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
116	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
123	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
126	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
127	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
128	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
129	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
131	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
134	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
135	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
136	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
137	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
138	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
139	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
140	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
141	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
142	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
143	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
144	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
145	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
146	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
147	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
148	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
149	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

If more than 150 claims or 10 actions
staple additional sheet here

(LEFT INSIDE)